# EPH Hassen Badi ElHarrach

# Cours externes 5ème année

# Iso-immunisation Rhésus

**Dr. N. Kherbouche**

**Dr. A. Daoudi**

# Iso-immunisation Rhésus

## Plan :

# I. Généralités :

## A. Définition :

- L'iso-immunisation rhésus se définit par un *conflit* entre le sang *maternel* rhésus *négatif* contenant des anticorps anti-rhésus (*Ac Anti-D*) et le sang *fœtal* rhésus *positif* responsable de la maladie hémolytique du nouveau-né et du fœtus.

- C'est la plus fréquente des iso-immunisations

- Il existe l'incompatibilité fœto-maternelle dans d'autres systèmes (ABO, Kell…)

## B. Conditions préalables :

- Incompatibilité sanguine entre *mère rhésus négatif* et *père rhésus positif*

- L'incompatibilité materno-fœtale se fait entre une *mère Rh-* et *fœtus Rh+*

## C. Conséquences :

- *Chez la mère :* positivité des sérologies secondaire au passage des hématies fœtales dans la circulation maternelle

*- Chez le fœtus et le nouveau-né :*

➔ Hémolyse intra-utérine : responsable d'anémie fœtale, de mort fœtale in utero et d'anasarque foeto-placentaire

➔ À la naissance : anémie hémolytique et ictère.

# II. Diagnostic:

## A. Interrogatoire :

*1. Mode d'immunisation :* post-transfusionnelle, incompatibilité materno-fœtale méconnue et non suivie par une séro-prévention anti-D

*2. Analyse des antécédents obstétricaux :*

- ⇨ Facteurs favorisants l'immunisation (déroulement de l'accouchement, manœuvres, administration ou non de sérum anti-D)

⇨ Aggravation progressive au fil des grossesses (enfant sain, enfant avec ictère, anasarque, MIU à répétition)

## B. Examens complémentaires

*1. Dosage (titrage) des anticorps anti-D : (Coombs indirect)*

Le titre est la plus faible dilution capable d'entrainer une agglutination visible (positif à partir de 1/16)

*2. Dosage pondéral :*

C'est la concentration réelle des Ac en µg/mL. Utile si Coombs indirect >1/16.

Si le taux d'Ac <1 µg/mL, le risque fœtal est nul. Aucune exploration ne doit être demandée si Tx <2 µg/mL

*3. échographie :*

Permet de rechercher les signes de décompensation (anasarque foeto-placentaire)

*4. Doppler fœtal :*

Mesures au niveau de l'artère cérébrale moyenne

*5. ERCF :*

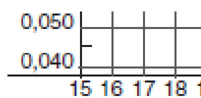
Tracé sinusoïdal pathognomonique de l'anémie fœtale



*6. Amniocentèse :*

- Mesure de la bilirubinamie (diagramme de Liley), corrélée à la sévérité de l'hémolyse fœtale

- Le diagramme permet de déterminer l'atteinte fœtale à partir de la mesure de l'index optique en fonction de l'âge gestationnel (3 zones : I : atteinte sévère, II : atteinte modérée, III : atteinte minime)




- L'amniocentèse se pratique à partir d'un dosage pondéral à 1 µg/mL

*7. Cordocentèse :*

Technique invasive qui permet (à partir d'un prélèvement de sang fœtal) la détermination du groupe sanguin fœtal, du degré d'anoxie, du taux d'hémoglobine ainsi que la pratique d'un test de Coombs indirect

*8. Détermination du groupe sanguin fœtal :*

- Par PCR, le prélèvement des hématies fœtales se fait au niveau du sang maternel ou par prélèvements fœtaux (LA, villosités choriales)

- Si le fœtus est Rh-, pas de risque d'iso-immunisation

# III. Traitement :

## A. Moyens:

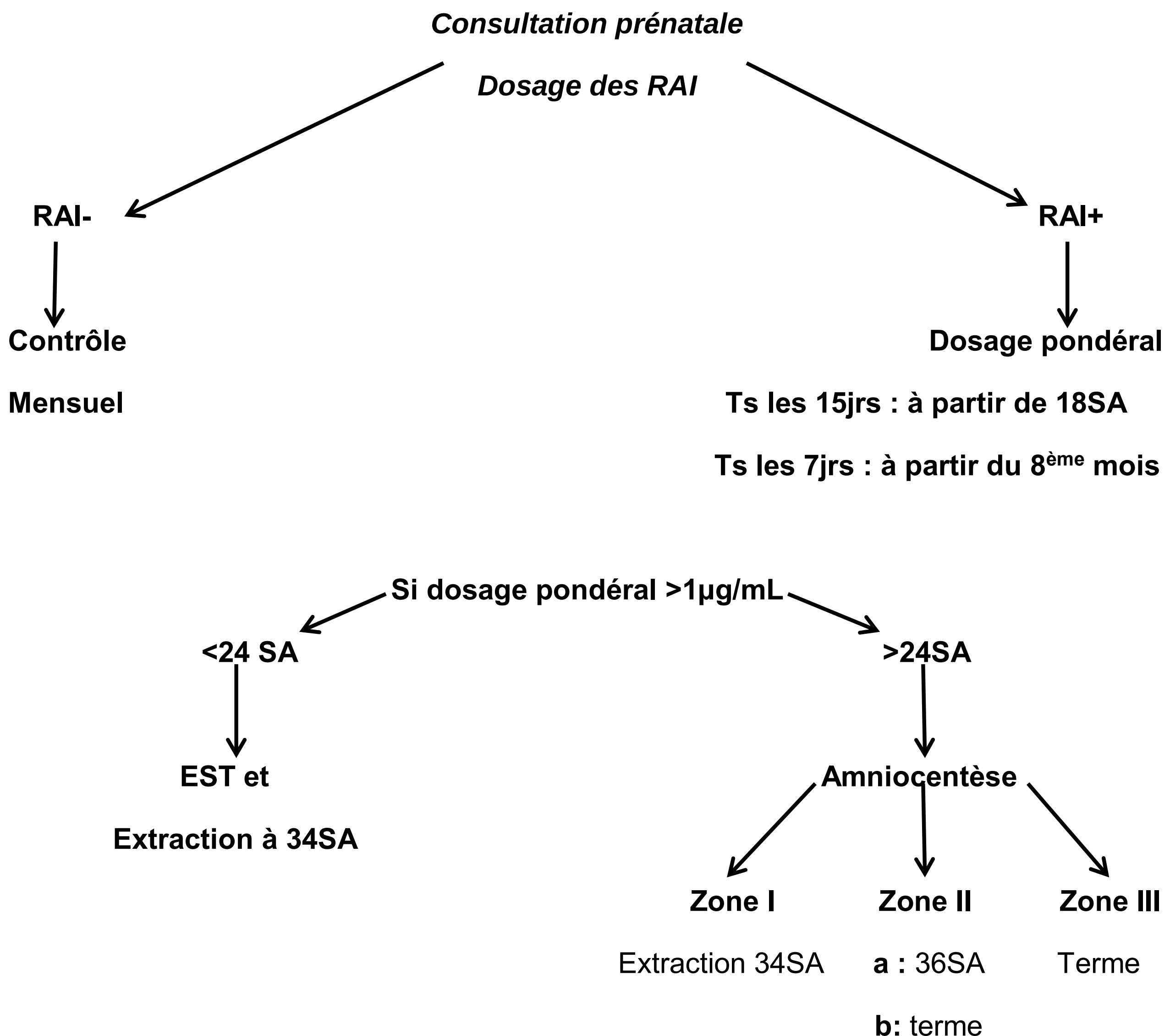
➔ *Transfusion in utero :*

- Transfusion intra-péritonéale : hebdomadaire, transfusion écho-guidée de sang Rh- (70-140cc)
- Transfusion intravasculaire : directement dans le cordon, indiquée si Hb <8g/dL (concentrés érythrocytaires)
- Ex-sanguino transfusion : par du sang total (2-15cc /100g de poids fœtal)

➔ *Exsanguino-transfusion post-natale*

➔ *Photothérapie*

## B. Conduite à tenir :




## C. Après l'accouchement :

*Chez la mère :* pas de sérum anti-D (femme immunisée)

*Chez le nouveau-né :* prise en charge spécifique (anémie, ictère, anasarque)

# IV. Prévention :

Au vu du pronostic péjoratif de l'iso-immunisation rhésus, la prévention a un intérêt indiscutable. Elle repose sur différentes mesures.

- Détermination du *groupe sanguin des femmes* en prénuptial, ainsi que du groupe du conjoint si la femme est Rh- (groupe sanguin phénotypé)

- Éviter les situations favorisant *l'hémorragie foeto-maternelle*

- *Séro-prévention Anti-D :*

➔ Pendant la grossesse : métrorragies, grossesses multiples, placenta prævia, cerclage…)

➔ Le plus tôt possible (<72h) après l'accouchement ou tout geste (césarienne, cerclage, curetage…), administration de sérum anti-D (250µg en IM)

➔ Si la patiente est à risque d'immunisation important (grossesse multiple, hémorragie de la délivrance…), il faut pratiquer un test de Kleihauer pour s'assurer de l'efficacité de la prévention. Une dose supplémentaire d'immunoglobulines anti-D peut être nécessaire.

N.B : passer le délai des 72heures, la prévention est incertaine.